

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

KOVÁCS KATALIN - TÓTH GERGELY

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

» Az elveszített egészséges életévek, más-képpen betegségterhek 85%-a a krónikus betegségekhez kötődik. Összességében a nyugat-európai országok mindegyike kevesebb egészséges életévet veszít el, mint Magyarország, a volt szovjet tagköztársaságokból alakult országok viszont jellemzően többet.

» Az egészséges életévek elvesztéséhez vezető ismert rizikófaktorok közül egy nemzetközi áttekintés a közép-európai régió egészére nézve a magas vérnyomást találta az első számú kockázati tényezőnek. Jelentőségét tekintve a második helyen a dohányzás áll, amelyet az elhízottság, az alkoholfogyasztás, az alacsony szintű gyümölcsfogyasztás, illetve a fizikai inaktivitás követ. A lista ezeket követő vezető pozícióiban további étkezéssel és a környezet minőségével kapcsolatos faktorok állnak.

» A krónikus és/vagy különösen intenzív ápolást igénylő betegségek aránya igen magas a magyar társadalomban. A felnőttek között legalább minden harmincadik ember tumoros betegséggel küzd, és minden kilencedik felnőtt cukorbeteg. A leggyakoribb betegség azonban a magas vérnyomás, amely minden harmadik felnőttet érint. Szívinfarktushoz

közeli kórképek miatt áll gondozás alatt minden hetedik felnőtt, agyi érbetegségek miatt pedig minden 13. A krónikus légzőszervi betegségek a felnőttek közel 10 százaléka számára okoznak gondot.

» Minden betegség, illetve panasz esetében jelentősek a társadalmi különbségek. A legfeljebb alapfokú végzettségűek körében a diabétesz gyakorisága 50, a magas vérnyomása 25, a légzőszervi panaszoké pedig hozzávetőleg 100 százalékkal magasabb arányban fordul elő a felsőfokú végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva.

» 2011-ben a magyarországi alkoholfogyasztás 11,4 liter/fő/év szinten állt, és több évtizede csökkenő tendenciát mutat. A jelenlegi fogyasztási szint Európában magasnak, de nem kiugrónak számít. A dohányzás elterjedtsége viszont mind a férfiak, mind pedig a nők között különösen magas. Hosszabb időtávon szemlélve, a dohányzási arányszámok 2003 és 2009 között kismértékben csökkentek, az utóbbi években viszont ez a mérséklődés megtorpant. A túlsúlyosság és az elhízottság szintén magas európai összehasonlításban, különösen a középfokú végzettségűek körében. Az elhízottság az iskoláskorú gyermekek körében is magas (legalább minden

tizedik iskolást érint), és csökkenő tendencia az utóbbi évekre nézve nem tapasztalható.

» A beltéri légszennyezettség kialakulásának veszélyét magában hordozó fűtési módok igen elterjedtek Magyarországon. Szilárd fűtőanyagokkal fűt a legfeljebb 8 általánost végzett háztartásfővel rendelkező családok 44%-a, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkező háztartásfők esetében ez az arány csupán 2%. A háztartások 14%-a fűt fával.

» Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés összességében javult az utóbbi néhány év során, a legszegényebbek hozzáférése azonban romlott. Az egészségügyi szolgáltatások egyre nagyobb hányadát fizetik a háztartások, s ez szintén a legszegényebbeket sújtja. Bizonyos szűrések esetében a szolgáltatások hozzáférhetősége általában véve nőtt.

» Amennyiben összehasonlítjuk az egészségi állapot alakulásának 2001 és 2012 közötti

társadalmi mintázatát, az látható, hogy a legkevésbé iskolázottak leszakadása az iskolázottabbaktól egészségi állapot szempontjából (2001-hez viszonyítva) 2012-ben már a fiatalabb korosztályokban (35–44 éves korban) megkezdődik.

» A 2008-ra vonatkozó számítások szerint Magyarországon a férfiak 20 és 74 év között várható élettartamuk (46,9 év) alig több mint felét, 55%-át (azaz 26 évet) élnek le jó egészségben. Ez az 55% a kelet-közép-európai országok között – ahol az átlagérték 63% – a legalacsonyabb arány. A volt Szovjetunió utódállamaiban a férfiak várható élettartamuk átlagosan 47%-át élnek meg jó egészségben. A magyar nők egészségben várható élettartama 26 év, vagyis a 20 és 74 év között várható élettartam 51%-a, amely szintén a legalacsonyabb érték a régiókban. Ezen országok átlagában a nők várható egészséges élettartamának 56%-a telik egészségben, míg a volt szovjet tagköztársaságok esetében átlagosan csupán 39%-a.

BEVEZETÉS

Az egészségi állapottal kapcsolatban a közeljövő egyik legfontosabb kérdése, hogy javulása vajon lépést tud-e tartani a várható élettartam legutóbbi évtizedekben megfigyelt, szinte megszakítás nélküli növekedésével. Más szavakkal, a várható élettartam mellett annak az élettartamnak a hossza is különös figyelemre érdemes, amelyet jó egészségben, vagy legalábbis komolyabb korlátozottságok nélkül élhetünk le. A betegség, illetve a korlátozottság okozta terhek számbavétele mind az egyéni életkilátások, mind pedig a társadalmi ellátórendszerek szempontjából alapvető.

A fejlett nyugat-európai országokra nézve több olyan kutatási eredmény is napvilágot látott a legutóbbi években, amely szerint a fejlődés legmeghatározóbb trendjei az „egyensúlyi” scenárió irányába mutatnak. E szerint a forgatókönyv szerint a várható élettartam növekedésével arányosan növekszik az egészségben és a jelentősebb korlátozottság nélkül várható élettartam is; bár az 1980-as évektől vizsgálható tendenciák bizonyos periódusokban és néhány országban épp ellenkezőleg alakultak (Gu et al. 2015). A közép- és kelet-európai országokra nézve ennél sokkal kevesebb empirikus vizsgálat készült, ezért e pillanatban még nem dőlt el, hogy a „negatív scenárió” szerint alakul-e az egészségi állapot – amelyben a várható élettartam ugyan növekszik, de az egészségben vagy korlátozottság nélkül várható élettartam nem –, avagy a várható élettartamnál csak jóval alacsonyabb mértékben, így az ellátandó betegségteher arányaiban növekedne. Feltehető természetesen a változások „pozitív scenárió” szerint való alakulása is: ekkor az egészségben, illetve rokkantság, korlátozottság nélkül várható élettartam gyorsabban növekedne, mint a várható élettartam, így

a társadalom arányaiban „egészségesebbé” válna. Természetesen az is lehetséges, hogy régiókban is leginkább az „egyensúlyi” scenárió szerint alakul az egészség és az életkilátások viszonya. Portrénk e fejezetben az e kérdéshez kapcsolódó főbb adatokat tekintjük át, lehetőség szerint nemzetközi összehasonlításban.

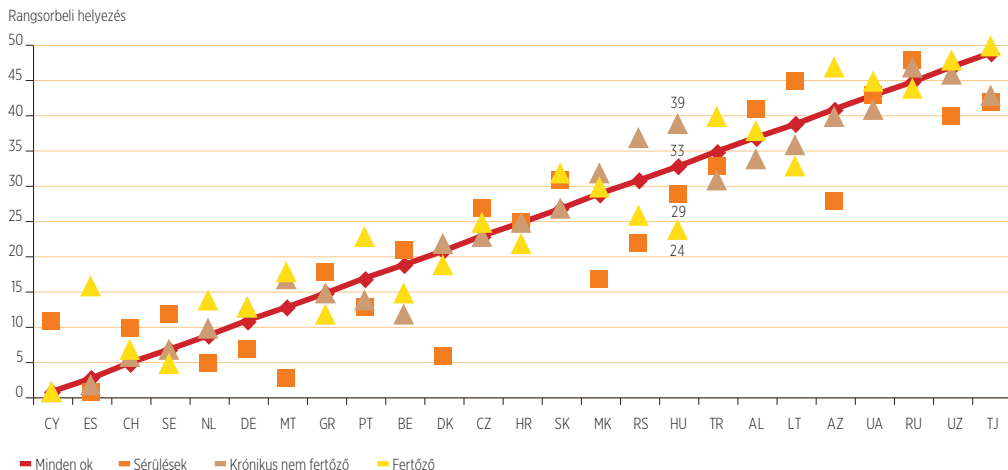
Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által nemrégiben közzétett kutatási eredmények a korai halálozás és a különféle betegségekhez társuló romló egészségi állapot és korlátozottság terheinek hatására együttesen jelentkező betegségterhet, az elveszített egészséges éveket (DALY)¹ becsülte. Az elveszített egészséges évek 100 000 lakosra jutó számát tekintve Magyarország a WHO Európai régiójának 50 országa közül a 33. helyet foglalta el, amikor a legkevesebb életét elvesztők kerültek az első helyekre. Az 1. ábra mutatja (az 50 ország közül minden másodikat kivéve) a ragsor alakulását. Minden típusú okot együtt tekintve a nyugat-európai országok mindegyike kevesebb életét veszít el, mint Magyarország, a volt szovjet tagköztársaságokból alakult országok viszont jellemzően többet.

Ez az elemzés főbb betegség-, illetve halálóci csoportok szerint is elvégezte az elveszített évek kalkulációját. Ezek alapján Magyarország a fertőző betegségek okozta mortalitási és morbiditási terheket illetően valamivel kedvezőbb helyzetben van, hiszen az 50 ország között a 24. helyre került. Átlagosnak tekinthető a „sérülésekhez, külsődleges okokhoz” társuló betegségteher nagysága is, amely szerint Magyarország a 29. helyet foglalja el. Különösen jelentősnek tekinthető azonban a „krónikus nem fertőző” betegségcsoportból adódó betegségteher nagysága, e tekintetben ugyanis hazánk csupán a 39. az 50 ország között.

¹ DALY (Disability adjusted life years), amely kombinálja az idő előtti halálozás miatt elveszített éveket és a megbetegedések miatt elveszített egészséges éveket. A részletes számítási módszer itt tanulmányozható:

http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1

1. ábra. A WHO Európai Régiója (kiválasztott) országainak sorrendje a különböző betegségcsoportok szerinti betegségteher (DALY) nagysága alapján, 2012



Forrás: WHO Global Health Observatory.

Az európai régióban a betegségterheket általában véve a krónikus nem fertőző betegségek által okozott mortalitási és morbiditási terhek dominálják. Még inkább így van ez Magyarországon, ahol a betegségterhek 85%-a ehhez a betegségcsoportozáshoz kötődik. Ezek kialakulásában elsősorban a különféle ismert kockázati tényezőknek van nagy, egymástól azonban nehezen elkülöníthető szerepük.

Annak ellenére, hogy az ismert rizikófaktorok mindegyike többféle betegség kialakulásának valószínűségét is növelheti, a különféle kockázati tényezőkre vonatkozó információk áttekintése és a helyzet reális értékelése különösen fontos. Az egyes rizikófaktorok életminőségre és életkilátásokra gyakorolt hatása különböző – például a dohányzás elsősorban az életkilátásokat rövidíti meg, az elhízottság pedig az életminőséget befolyásolja erőteljesebben (Majer et al. 2011) –, így a várható élettartamra és annak egészséges hányadára vonatkozó távlatokat csak a rizikófaktorok okozta kockázatok fényében lehet értékelni. Ugyanakkor a krónikus betegségteher egészének csökkentése sem mehet végbe a kockázatok mérséklése nélkül.

Az imént említett elemzésnek köszönhetően a kockázati tényezőkre vonatkozóan is rendelkezünk összehasonlítható, és minden ma ismert lényeges tényező szerepére kiterjedő becslésekkel, habár nem országok szerint, csupán régiós szinten. A legutóbbi globális, 2010-re vonatkozó áttekintés a közép-európai régió egészére nézve a magas vérnyomást találta az első számú rizikófaktornak. Jelentőségét tekintve a második helyen a dohányzás állt, a negyedik helyen az alkoholfogyasztás, a hatodik helyen a fizikai inaktivitás. A lista első 15 helyén az imént felsoroltak mellett étkezéssel és a környezet minőségével kapcsolatos faktorok álltak. Az előbbieket közül az alacsony gyümölcsfogyasztás, a magas vércukorszint, az ételek magas sótartalma, a magas koleszterinszint, illetve a csonthéjasok és a teljes kiőrlésű termékek alacsony és a feldolgozott hústérmekek magas arányú fogyasztása szerepel. A környezeti tényezők közül a kültéri légszennyezettség, illetve a szilárd fűtőanyagokkal való fűtéssel kapcsolatba hozható beltéri levegőminőség bizonyult különösen fontos rizikónak a közép-európai régióban (Lim et al. 2012).

Az egészség elvesztésének folyamataira vonatkozó elméleti megközelítések egyre több tényezőt foglalnak magukba, és egyre koherensebb képet nyújtanak a rossz egészségi állapothoz vezető társadalmi okokról. Egy friss, meta-analízisen alapuló tanulmány szerint az egészségvesztés folyamatainak megértésékor az adott biológiai kondíciók mellett a környezetnek, a viselkedésnek, a forrásoknak, az egészségügyi tevékenység során nyújtott intervencióknak, illetve a társadalmi-gazdasági és ökológiai tényezőknek is jelentőséget kell tulajdonítanunk (Gu et al. 2014). Így a következőkben a korábban kiemelt rizikófaktorokra (azaz a viselkedésre) vonatkozó információk mellett a forrásokra és intervenciókra (azaz az egészségügyi rendszer néhány elemére), valamint a környezet minőségére vonatkozó mutatóra is kitérünk majd, a rendelkezésre álló kereteknek megfelelően csupán a jelzések szintjén.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT A BETEGSÉGEK ÉS PANASZOK TÜKRÉBEN

Krónikus, nem fertőző betegségek

A krónikus, nem fertőző betegségek okozta betegségterhek, mint ahogyan láthattuk, meghatározóak a magyarországi egészségi

állapot alakulásában. Ebben a széles betegségcsoportban a szív- és érrendszeri betegségekhez kötődik a legnagyobb betegségteher, de e mellett jelentősek a légzőszervi, a tumoros és a mentális betegségekből adódó terhek is. Az egészségügyi ellátás statisztikai adatai arról tanúskodnak, hogy a legtöbb e körben említhető betegség esetében a gondozás, gyógykezelés alatt állók száma egyre nőtt az utóbbi években.

A gondozás és gyógykezelés alatt állók számának megállapítása nem könnyű feladat, hiszen bizonyos betegségeket az ellátás különböző szintjein (háziorsvosi praxisokban, szakrendelőknél, illetve kórházakban) is kezelhetnek. Az alábbiakban mégis bemutatjuk a háziorsvosi szolgálatnál legnagyobb számban nyilvántartott betegek számának alakulását, a betegségek elterjedtségére vonatkozó alsó becslésként. Bizonyos betegségek esetén az itt bemutatott arányszámok jóval alatta maradnak a valós arányszámoknak: a rákregiszter adatai szerint például közel kétszer annyi tumoros megbetegedést ismernek, mint amennyit a háziorsvosi praxisban nyilvántartanak. Más betegségek – mint például a magasvérnyomás-betegség – esetében az eltérés kismértékű, hiszen a betegek túlnyomó többségét a háziorsvosi praxisokban kezelik.

1. táblázat. A háziorsvosi szolgálatban/gondozókban nyilvántartott főbb betegségek (19 évesek és idősebbek), 100 lakosra jutó megbetegedés

	Férfiak					Nők				
	2005	2007	2009	2011	2013	2005	2007	2009	2011	2013
Roszindulatú daganatok	2,1	2,6	2,9	3,0	3,3	2,6	3,2	3,5	3,7	4,1
Diabétesz	6,6	8,4	9,7	10,7	11,3	7,0	8,7	9,8	10,7	11,3
Magasvérnyomás-betegségek	22,5	28,5	31,4	32,2	34,0	27,2	33,9	36,4	37,1	39,3
Ischaemiás szívbetegségek	8,6	11,2	12,3	12,3	12,9	9,6	13,4	14,5	14,5	15,6
Cerebrovaszularis betegségek	3,3	4,8	5,4	5,4	5,9	3,5	5,9	6,6	6,8	7,7
Idült alsó légúti betegségek ^{a)}	3,8	4,4	4,4	4,6	5,3	3,1	3,7	4,1	4,5	5,7

Forrás: KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2013. ^{a)} asztma kivételével.

A háziorvosi szolgálat adatai alapján is nyilvánvaló, hogy a krónikus és/vagy különösen intenzív ápolást igénylő betegségek aránya igen magas a magyar társadalomban. A felnőttek között tehát legalább minden harmincadik ember tumoros betegséggel küzd, és minden kilencedik felnőtt cukorbeteg. A leggyakoribb betegség azonban a magas vérnyomás, amely minden harmadik felnőttet érint. Szívinfarktushoz közeli körképek miatt áll gondozás alatt minden hetedik felnőtt, agyi érbetegségek miatt pedig minden 13.

A krónikus légzőszervi betegségek is a felnőttek közel 10 százaléka számára okoznak gondot.

Fenti táblázatunk (1. táblázat) a gondozás alatt állók arányának dinamikus emelkedését mutatja szinte minden betegségcsoportban, amely feltehetően nem elsősorban a betegségek növekvő számával áll összefüggésben, hanem inkább a különféle betegségekben szenvedők alapellátásba való fokozatos bevonódását jelzi. A jövőben – amennyiben a betegséggyakoriságok nem változnak – az ellátásba kerülők számának lassabb növekedésére számíthatunk, hiszen a magas vérnyomás és a cukorbetegség esetében a gondozás alatt állók száma már közel van ahhoz a szinthez, amelyet a népességbeli prevalencia-bebecslések mutatnak.

A betegségek elterjedtségét érdemes társadalmi csoportok szerint és más országok hasonló adataival való összehasonlításban is szemlélni. Nemzetközi bontásban azonban csak néhány betegségcsoportra nézve állnak rendelkezésre információk. Azon 18 európai ország közül, amelyek 2008–2009-re vonatkozóan adatokat szolgáltatottak a helyi egészségfelmérések adatai alapján, Magyarországon volt a legmagasabb a cukorbetegségben és magas vérnyomásban szenvedők aránya, a krónikus légzőszervi betegségekben, illetve a depresszióban szenvedők pedig a magasabb arányszámokat mutató országok között volt (Eurostat, 2015).

2. táblázat. Néhány különösen gyakori panasz elterjedtsége a 15 évesnél idősebb népességben iskolai végzettség szerint, korra standardizált százalékban, 2009

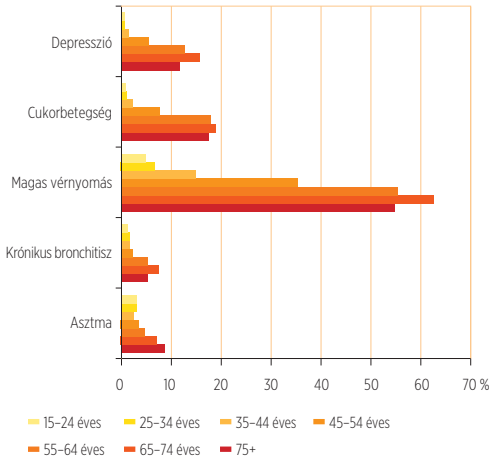
Iskolai végzettség	Magas vérnyomás	Diabétesz	Krónikus bronchitisz	Asztma	Krónikus depresszió
Legfeljebb 8 osztály	32,4	8,9	7,2	7,5	8,8
Érettségi nélküli középfok	30,0	8,6	5,3	5,8	5,3
Középfok érettségivel	26,8	5,7	4,9	5,2	4,6
Felsőfok	25,0	5,6	4,0	3,6	3,3
Együtt	32,1	8,3	6,3	6,6	6,2

Forrás: ELEF, 2009; saját számítás.

A 2009-es egészségfelmérés (ELEF, 2009) szerint a betegségek elterjedtségében mutatkozó társadalmi különbségek is nagyok. A legfeljebb 8 osztályt végzetek körében a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva 25%-kal volt magasabb a magas vérnyomás, és több mint 50%-kal a diabétesz elterjedtsége. A krónikus bronchitisz és egyéb obstruktív légúti betegségek előfordulási gyakorisága a nagyon alacsony végzettségűek között közel kétszerese a felsőfokú végzettségűekének, az asztma esetében pedig még meg is haladja ezt az értéket. A krónikus depresszió esetében a legfeljebb nyolc osztályt végzetek körében 170%-kal magasabb a megbetegedés gyakorisága (2. táblázat).

A legelterjedtebb egészségprobléma Magyarországon a magas vérnyomás. Az egészségfelmérésekben a magas vérnyomásról beszámoló aránya a gondozásba vettek arányához hasonlóan alakult. A 2009-es adatok alapján a csak alapfokú végzettségűek közül több mint minden harmadik ember, a felsőfokú végzettségűek közül is minden negyedik érintett. A 2009-es és 2014-es egészségfelmérés adatainak

2. ábra. Néhány különösen gyakori betegség elterjedtsége a 15 évesnél idősebb férfiak körében korcsoport szerint, 2014



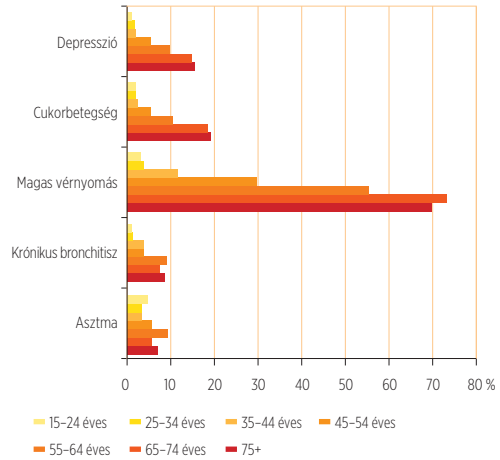
Forrás: ELEF, 2014.

egybevetése alapján az utóbbi 5 évben nem történt lényeges változás a magas vérnyomásban szenvedők arányát tekintve. A népességbeli arányok hasonlóak, ugyanakkor 2014-ben a fiatalabb és legidősebb korosztályokban (2009-hez viszonyítva) valamivel alacsonyabbnak, a középkorú korosztályokban viszont valamivel magasabbnak bizonyultak. A fiatalabb korosztályokra vonatkozó adatok jelezhetik azt, hogy a magas vérnyomás problémája a jövőben valamilyen mérsékeltebben jelentkezik majd, bár a két időpontban mért adatok különbsége még a statisztikai hibahatáron belül van.

A 2009-es és 2014-es egészségfelmérés (ELEF, 2014) adatainak összevetése alapján nem történt lényeges változás a cukorbetegségben (diabéteszben) szenvedők arányát tekintve az utóbbi öt év során. A „betegségmenedzsment” mindezek mellett javuló tendenciákat mutat: többen diétáznak, a gyógyszereszedők aránya pedig 78%-ról 90%-ra növekedett a cukorbetegségben szenvedők között (KSH, 2015).

A gyakoribb légzőszervi megbetegedések közül a krónikus bronchitisz és más obstruktív légzőszervi betegségek, illetve az asztma előfordulására vonatkozóan ren-

3. ábra. Néhány különösen gyakori betegség elterjedtsége a 15 évesnél idősebb nők körében korcsoport szerint, 2014



Forrás: ELEF, 2014.

delkezünk adatokkal. Mindkét betegség kialakulásában a dohányzás mellett a rossz levegőtisztaság is jelentős szerepe lehet. A krónikus bronchitiszról, illetve más krónikus obstruktív légzőszervi betegségekről beszámoló aránya mind a férfiak, mind pedig a nők körében átlagosan 2%-kal (az öt évvel ezelőtti érték kétharmadára) csökkent minden korosztályban (bár eltérő mértékben). A 2009-es és 2014-es egészségfelmérés adatainak összevetése szerint visszaesett az asztmában szenvedők aránya is, amely azonban elsősorban a fiatalabb korosztályokat érintette. Az 1-1,5%-os csökkenés a férfiak és a nők körében is jelentkezett; hátrányos növekedés csak az idős férfiak között volt tapasztalható.

A mentális panaszok közül csupán a depresszió előfordulását tudjuk az előzőekhez hasonló módon vizsgálni, ugyanakkor ez a legelterjedtebb mentális probléma. Magyarországon a depresszió által érintett népesség aránya összességében 9% körül alakult az alacsony iskolai végzettségűek között, a felsőfokú végzettségűek körében viszont 3%-nál alacsonyabb volt 2009-ben. 2014-ben valamivel alacsonyabb arányszámban fordult elő 2009-hez viszonyítva, és a csök-

kenés a fiatalabb korosztályokban általánosan jelentkezett. Növekedést csupán a 65 évesnél idősebb férfiak körében regisztrálhatunk.

A magyar népességben – a nemzetközi összehasonlítást nélkülözve – a legfontosabb betegségek között kell még megemlítenünk a mozgásszervi panaszokat, valamint a szív- és érrendszeri betegségeket. Az előbbieket tekintve a 15 éven felüliek 21%-a érintett. 2014-ben minden tizedik 15 éven felüli lakosnál fordult elő szívritmuszavar és minden huszadiknál szívkoszorúér megbetegedés (KSH, 2015).

Fertőző betegségek

A fertőző betegségek által generált betegségteher Magyarországon – mint ahogyan az előzőekben bemutatuk – mérsékelte, a legutóbbi években azonban ellentmondásos tendenciák mutatkoznak velük kapcsolatban. Bizonyos fertőző betegségek (mint például a tuberkulózis, bárányhimlő illetve az élelmiszerekkel kapcsolatos fertőzések többsége) jelentős mértékben vissza-

rultak, más fertőző betegségek (hepatitisz, gonorrhoea és bizonyos élelmiszerfogyasztással kapcsolatos fertőzések) viszont gyakrabban fordulnak elő, és a fertőzések miatt meghaltak száma is növekedett, s bár a növekedés a növekedés nagy része csupán a kódozási rendszer átalakulásából adódik, kisebb része azonban az antibiotikumokra rezisztens fertőzések terjedésére utal.

NÉHÁNY, AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTOT BEFOLYÁSOLÓ „KLASZSZIKUS” RIZIKÓFAKTOR JELENTŐSÉGE MAGYARORSZÁGON

Az egészségromlás tekintetében a legismertebb rizikófaktorok az alkoholfogyasztás, a dohányzás, illetőleg az elhízás. A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) egyes tagországi esetében jellemzően több évre vonatkozóan is rendelkezésre állnak ezek az értékek. Ebben a részben a magyar értékeket nemzetközi összehasonlításban elemezzük, bemutatva

3. táblázat. Új megbetegedések száma néhány kiemelt fertőző betegségben

Év	Salmonella	Campylobacteriosis	Skarlát	Bárányhimlő	Hepatitisz	AIDS	Szifilisz ^{a)}
2005	8 157	8 293	3 543	52 123	481	33	2 282
2007	6 891	5 856	7 202	48 313	384	23	2 427
2009	6 029	6 583	2 356	40 460	250	23	1 258
2011	6 446	6 135	3 185	40 389	249	32	2 273
2012	5 867	6 384	2 744	33 454	522	48	1 404
2013	5 122	7 250	2 339	34 598	1 333	42	1 405

Forrás: KSH, Magyar statisztikai évkönyv, 2006, 2007, 2011, 2013; ^{a)} KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2013.

4. táblázat. Fertőző betegségekben meghaltak száma Magyarországon

Év	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Meghaltak száma	501	435	480	420	493	521	616	928	904

Forrás: KSH, Demográfiai évkönyv, 2010, 2011, 2012, 2013.

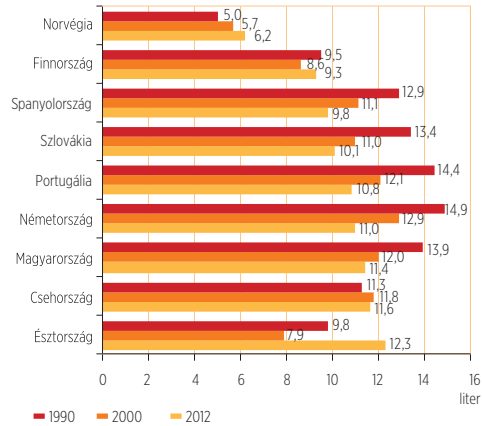
Magyarország helyzetét néhány kiemelt OECD országhoz viszonyítva a legismertebb rizikófaktorok tekintetében.

Alkoholfogyasztás

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás (4. ábra) 1990-ben az észak-európai országok esetében volt a legalacsonyabb, míg Magyarország a magas fogyasztású országok körébe tartozott. A trendek tekintetében viszont egyfajta kiegyenlítődés volt megfigyelhető 2012-ig, azaz az északi országokban növekvő, illetve stagnáló, míg a többi országban inkább csökkenő tendenciákat láthatunk. Észtország jelent kivételt, itt ugyanis az alkoholfogyasztás az 1990-es 9,8 liter/fő értékről először jelentősen csökkent, majd nagymértékben növekedett; ennek eredményeképpen a vizsgált országok között a legmagasabb fogyasztóvá vált. E kivételtől eltekintve az európai országok esetében a kiegyenlítődés a domináns tendencia, amelynek során a regisztrált alkoholfogyasztásban mért korábbi, akár háromszoros különbségek kétszeresre zsugorodtak.

Az alkoholfogyasztásra vonatkozó utolsó magyar adat 2011-re vonatkozik, ezért a legutóbbi évek törvénymódosításainak hatásait nem tudjuk bemutatni. Magyarországon először nagyobb mértékben csökkent a fogyasztás (1990-es 13,9 liter/főről 2000-re 12 liter/főre), majd lassuló tempóban ugyan, de tovább csökkent (2011-ben 11,4 liter/fő). A kiválasztott országok adatai alapján hazánk a magas fogyasztású országok körébe tartozik, de a fogyasztás európai szinten nem számít kiugróan magasnak, és a fogyasztás csökkenő trendje is alapvetően kedvezőnek nevezhető. A 2014-es egészségfelmérés adatai alapján a magukat nagyívónak minősítők aránya kismértékben, 4,6%-ról 5,4%-ra emelkedett 2009 és 2014 között (KSH, 2015).

4. ábra. Az egy főre jutó éves alkoholfogyasztás^{a)} a 15 éves vagy idősebb népesség körében, 1990^{b)} 2000^{b)} és 2012^{b)}



Forrás: OECD. ^{a)} 100%-os alkohorra átszámítva, literben kifejezve.

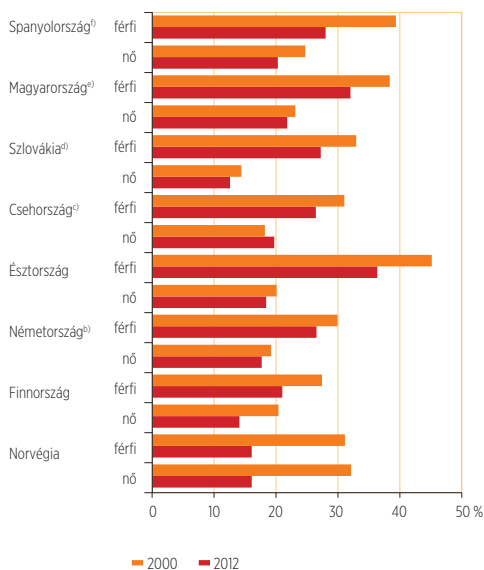
^{b)} Adott vagy legközelebbi rendelkezésre álló év adatai.

Dohányzás

Az alkoholfogyasztáshoz viszonyítva lényegesen kedvezőtlenebb a dohányzásról kialakítható kép. Európa legtöbb országában az utóbbi bő évtized során a dohányzók arányszáma jelentősen csökkent (5. ábra); Magyarországon azonban ez a csökkenés kismértékű volt, így a 2010-es évek elejére a vizsgált nyolc ország közül az egyik legrosszabb helyzetű lett. Amíg Norvégia és Finnország esetén a visszatorzulás nagymértékű volt (Norvégiában a korábbi értékek 50%-ára esett vissza), addig Magyarországon alig haladta meg a 10%-ot. A 15 éves vagy idősebb magyar népességben belül 2000-ben még több mint 30%-nyian dohányoztak, majd 2009-re ugyanezen arány 26,5%-ra szorult vissza. Ezzel az értékkel Magyarország a vizsgált országok rangsorában az utolsó helyre csúszott vissza.

A dohányzás elterjedtsége általában jelentősen eltér a férfiak és a nők között. Norvégiát leszámítva minden vizsgált országban a férfiak dohányoznak gyakrabban. 2012 körül Észtországban volt a legmagasabb a napi rendszerességgel dohányzó férfiak aránya (36%), és Magyarországon volt a legmagasabb a női dohányzóké (22%), de a dohányzó magyar férfiak aránya (31%) is egyértelműen magasnak nevezhető.

5. ábra. A napi szinten rendszeresen dohányzók százalékos aránya a 15 éves vagy idősebb népességben, nemenként, 2000^{a)} és 2012^{b)}



Forrás: OECD. ^{a)} Adott vagy legközelebbi rendelkezésre álló év adatai. ^{b)} 2003 és 2009, ^{c)} 2002 és 2012, ^{d)} 2003 és 2009, ^{e)} 2000 és 2009, ^{f)} 2001 és 2011.

A 2014-es egészségfelmérés adatai szerint a felnőtt lakosság 29%-a dohányzik, szemben a 2009-es 31%-os aránnyal. Ugyanakkor a két időpont között csak az alkalmi dohányzók aránya csökkent, a rendszeres dohányzóké lényegében nem változott (27-28%). 2014-ben a fiatal felnőtt (18-34 éves) férfiak 42%-a (2009-ben 36%-a), a középkorú (35-64 éves) férfiak 35%-a (2009-ben 36%-a), az idősebb férfiaknak pedig a 18%-a (2009-ben 14%-a) dohányzott. A hosszabb

időtávokat tekintve, 2000-től kezdődően a fiatalabb férfi korosztályokban valamelyest csökkent a dohányzás elterjedtsége, leginkább a 2003 és 2009 közötti időszakban. 2003 és 2009 között a legfiatalabb női korosztályban is mérséklődött a dohányzás gyakorisága, amely tendencia azonban megfordult: 2014-ben 29%-ra emelkedett (2009-ben 25%). Az utóbbi öt évben nem változott az elterjedtsége a 35-64 éves nők között: 2014-ben 27%-nak bizonyult (2009-ben 28%). Az idősebb nők körében a dohányzás jóval kevésbé elterjedt (2014-ben csupán 7%-os volt). A dohányzást illetően a trendek, elsősorban a fiatalabb korosztályok körében tapasztalható növekvő arányszámok adhatnak okot aggodalomra az egészségi állapot és a halálozás jövőbeni alakulása szempontjából.

Túlsúlyosság, elhízottság

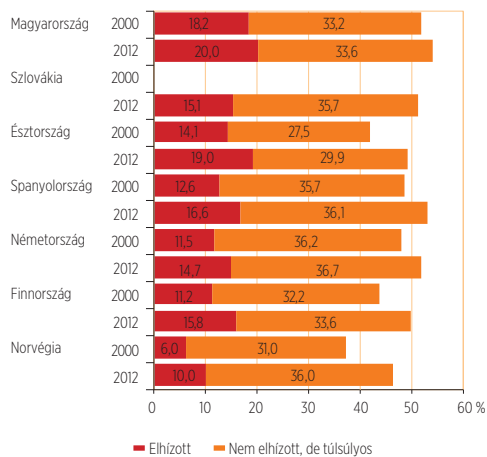
Az elhízás és a túlsúlyosság szintén jelentősen befolyásolja a halandóságot és az egészségi állapotot. A régióra jellemző vezető rizikófaktorok többsége az étkezéssel volt kapcsolatos, amelyek közül itt most – ezek valamiféle összefoglaló indikátorként – csak a túlsúlyosságot tekintjük át. A túlsúlyosság mértékét az úgynevezett testtömeg index (TTI) révén szokták meghatározni, amely a testtömeg és a testmagasság négyzetének a hányadosa révén számítható ki. A TTI 25-ös és 30-as értékei közötti sávba eső testsúlyúakat nevezzük túlsúlyosoknak, a 30-as érték feletti értéket elérőket pedig elhízottaknak. Ismert jelenség, hogy a mérésalapú számítások tendenciaszerűen rosszabbak az önbevallásos értékeknél, mivel az önkéntes válaszadás során akarva-akaratlanul sokszor a valóságosnál alacsonyabb testsúlyról számolnak be a válaszadók.

A 2000-es év és az azt követő időszak viszonylatában (6. ábra) Magyarországon az elhízottak aránya egy alapvetően magas szintről (2000-ben a lakosság 51%-a) – más országhoz viszonyítva ugyan lassabb ütemben – tovább növekedett (2009-ben

ugyanezen arány 54% volt). A nemzetközi adatokkal való összehasonlítás azt mutatja, hogy a magyar arányok magasak európai összehasonlításban.

Részletesebb – itt nem közölt – adatok szerint Magyarország a férfiak tekintetében nem tartozik a legrosszabb elhízottsági arányú országok közé: 59%-os értéke kevéssel alacsonyabb a spanyol 62%-os és a német 60%-os aránynál. A nők esetében viszont egyértelmű többlet tapasztalható más országokhoz viszonyítva: a magyar 49%-os szint magas a 38%-os norvég, illetve a 45%-os észtországi szinthez képest. A nők ugyanakkor minden országban alacsonyabb arányban bizonyultak túlsúlyosnak, illetve elhízottnak a férfiaknál. Amennyiben a magasabb rizikófaktort jelentő elhízás értékeit ($TTI > 30$) vizsgáljuk, a rendelkezésre álló adatok alapján az látható, hogy hazánk mind a két most számításba vett időszakban egyaránt az utolsó helyen állt a vizsgált országok körében. Magyarországon tehát a túlsúlyosság, illetve az elhízottság különösen jelentős rizikófaktor, melynek jelentősége ráadásul növekedni látszik.

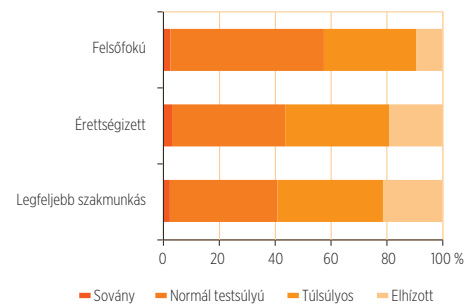
6. ábra. A túlsúlyos ($TTI > 25$) és elhízott személyek ($TTI > 30$) százalékos aránya a 15 évesnél idősebb népességen belül (önbevalláson alapuló értékek), 2000^{a)} és 2012^{a)}



Forrás: OECD. ^{a)} Adott vagy legközelebbi rendelkezésre álló év adatai.

Az Európai Statisztikai Hivatal adatai alapján a túlsúlyosság, illetve elhízottság elterjedtsége minden országban jelentősen különbözik az egyes társadalmi csoportok körében. Magyarországon normál testsúlyú a közép-, illetve alacsony végzettségűek 38–40%-a, valamint a felsőfokú iskolai végzettségűek 55%-a. Míg a túlsúlyosak aránya hasonló a különböző iskolai végzettségű társadalmi csoportok között, addig a szélsőségesen elhízottak aránya 10% alatt maradt a felsőfokú végzettségűek körében, és 20% körül alakult az ennél alacsonyabb végzettségű csoportokban. Amennyiben a magyar adatokat nemzetközi összehasonlításban vizsgáljuk, az alacsony, de főként a legmagasabb végzettségűek helyzete viszonylag kedvező, a középfokú végzettségűek esetén azonban határozottan kedvezőtlen volt. Az eredmények azt mutatják, hogy Magyarországon a középfokú iskolai végzettségűek körében aránytalanul nagyfokú volt a túlsúlyosak (37%) és elhízottak (19%) aránya 2008-ban, sőt ebben az iskolai végzettségi csoportban az elhízottság a vizsgált 14 ország közül hazánkban volt a legnagyobb arányú.

7. ábra. Testtömeg index szerinti eloszlás iskolai végzettség szerint 15 évesnél idősebb népességen belül, 2009



Forrás: Eurostat.

Az egészségfelmérésekből kapott, felnőttre vonatkozó eredményeket kiegészítik az iskolaorvosi szolgálat rendszeres felméréseiből származó, gyermekek elhízottságára vonatkozó adatok. Ezek alapján az általános és középiskolás korúak körében tartósan

10%-nál magasabb arányú a kóros elhízás aránya, és csupán tizedszázalékos elmozdulások láthatóak a legutóbbi négy tanévre vonatkozó adatok között. A 10. és 12. évfolyamos lányok körében valamivel csökken az elhízottak aránya (a fiatalabb korosztályokhoz viszonyítva), a fiúk esetében azonban a 12. évfolyamosok körében ugyanilyen arányban nő, ami – a lányokhoz viszonyítva – összességében 2–3%-kal magasabb elhízottsági arányt eredményez a fiúk körében (KSH, Magyar statisztikai évkönyv, 2005-2012). A gyermekkori elhízottság a felnőttkori elhízás jelentős rizikófaktora, és növeli a cukorbetegség kialakulásának valószínűségét is. A gyermekek elhízottságára vonatkozó igen stabil, nem csökkenő arányok arra figyelmeztethetnek, hogy az elhízottság és a cukorbetegség a jövőben is feltehetően magas arányban jelentkezik majd Magyarországon.

KÖRNYEZET

Levegőminőség

Magyarországon a levegőminőség mindenki által ismert időszakos romlásairól kevésbé állnak rendelkezésre statisztikai adatok. A levegőminőséget jelző indikátorok átlagai hosszabb távon javulást jeleztek, ugyanakkor a legfrissebb rendelkezésre álló adatok szerint 2013-ban Magyarországon a levegő minősége csupán a települések egyharmadán volt „kiváló”, míg a többi település a „jó” vagy a „megfelelő” kategóriába került. Szennyezettnek csak Budapest levegője minősült, elsősorban a nitrogén-dioxid szennyezettség szintje miatt. Budapesten belül 2013-ban a pesti belvárosi és az észak-pesti területek voltak a legszennyezettebbek (OMSZ, 2014).

Az ülepedő por szintje különösen az Észak-Dunántúli néhány területén volt különösen magas, erősen szennyezett volt például Dorog környéke. A levegő szennyezettségére vonatkozó adatok azonban nem teljesek, a mérés viszonylag kevés településre

terjed ki, és időnként működésbeli kiesések is előfordulnak (OMSZ, 2014).

Fűtés és beltéri levegőszennyezettség

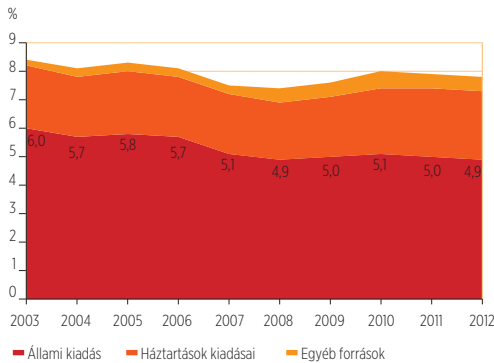
Az ipari termelés átalakulásával a légszennyezettség lakáson belüli dimenziója került egyre inkább fókuszba az utóbbi években. Ezt a fajta légszennyezettséget legtöbb esetben a különböző fűtésrendszerek okozzák, közülük is kiemelten az egyedi, szilárd tüzelőanyaggal működő rendszerek, mivel ezek nem optimális működtetés esetén könnyen közvetlen légszennyezés forrásaivá válhatnak az adott háztartásban, illetve a környéken élők egy része számára. A 2011-es népszámlálási adatok révén lehetőségünk van a fűtés módja szerint bemutatni, hogy a népesség hány százaléka lehet potenciálisan leginkább kitéve a lakáson belüli légszennyezésnek. A teljes népesség körében 2011-ben közel 14% volt azon háztartásokban lakók aránya, amelyekben a helységenkénti fűtést fatüzeléssel oldották meg. A 8 általánostól alacsonyabb végzettségűek körében ugyanezen arány több mint 44%-os volt, míg a 8 általánostól végzettségűek körében viszont mindössze 2%. Az adatok tehát arra utalnak, hogy a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők és családtagjaik aránytalanul gyakrabban vannak kitéve a lakáson belüli légszennyezettség potenciális egészségkárosító kockázatának. (Forrás: saját számítások, 2011-es népszámlálási adatok alapján.)

Nemzetközi összehasonlításban csak a „szilárd” tüzelőanyagokkal való főzés elterjedtségéről állnak rendelkezésre becslések. Ezek szerint a nyugat-európai országokban nincsenek olyan háztartások, amelyek ilyen módon főznének, a kelet-európai régióban azonban ez az arányszám 0% és 59% között szóródik. Magyarországon 2013-ban 11% volt, ennél magasabb értékek csupán a volt szovjet tagköztársaságok, illetve a volt Jugoszlávia területén fordulnak elő (WHO Global Health Observatory).

FORRÁSOK ÉS INTERVENCIÓK: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

Az egészség helyreállítására fordítható források döntő hányada az egészségügyi ellátásra fordított pénzeszközökben jelenik meg. Magyarországon az utóbbi tíz évben az egészségügyi kiadások nemzeti jövedelemhez viszonyított aránya alacsony szintű, és növekvő hányadban támaszkodik a lakossági kiadásokra, amely egyre nagyobb terheket ró az alacsonyabb jövedelműekre. A gazdasági válság hatására megkurtított egészségügyi költségek más országokban negatív következményekkel jártak az egészségi állapot alakulása szempontjából (Karanikolos et al. 2013).

8. ábra. Az egészségügyi kiadások a GDP arányában



Forrás: KSH, Magyar statisztikai évkönyv, 2013.

Részben ennek is betudható, hogy a szolgáltatásokhoz való hozzáférés differenciálódott anyagi helyzet függvényében. A szolgáltatások igénybevétele elmaradhat anyagi okok, távolság, a beavatkozásoktól való félelem, időhiány és számos más ok miatt. Magyarországon és az EU más országai között nincs jelentős különbség a tekintetben, hogy milyen okokból nem került sor a szolgáltatások igénybevételére. Jelentősebbek ugyanakkor az igénybevételben mutatkozó társadalmi különbségek: a legszegényebekben jóval nagyobb arányban nem érik el a szolgáltatásokat Magyarországon, mint az Unióban, holott az uniós igénybevétel is nagyon nagy különbségeket mutat a háztartás anyagi helyzete szerint (5. táblázat).

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés 2005-ben Magyarországon jóval rosszabb volt, mint az Európai Unióban általában, és társadalmilag is igen rétegzett volt, miközben az Unióban is kétszer nagyobb eséllyel nem jutottak ellátáshoz a legszegényebbek a leggazdagabbakhoz viszonyítva. 2010-re a hozzáférhetőség magyarországi adatai jelentősen javultak minden jövedelmi csoportban, a jövedelmi helyzet szerinti különbségek ugyanakkor élesebbé váltak. 2010 és 2013 között az Európai Unióban általában minden jövedelmi helyzetű csoportban kismértékben romlott a helyzet a hozzáférhetőséget illetően.

5. táblázat. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó hiányosságok a háztartások jövedelmi helyzete alapján^{a)}

(%)

	2005		2010		2013	
	EU27	Magyarország	EU27	Magyarország	EU27	Magyarország
Legelső jövedelmi ötöd	13,6	21,7	9,6	11,4	10,3	14,3
Alsó-középső jövedelmi ötöd	10,2	18,1	7,3	8,2	8,0	7,5
Középső jövedelmi ötöd	8,9	15,5	6,2	8,1	6,4	5,3
Felső-középső jövedelmi ötöd	7,5	14,9	5,4	6,4	5,5	4,7
Legfelső jövedelmi ötöd	6,8	14,6	4,5	4,7	4,3	3,0
Együtt	9,4	17,0	6,6	7,8	6,9	7,0

Forrás: Eurostat. ^{a)} Azok aránya, akik arról számoltak be, hogy valamely egészségügyi szolgáltatást, amelyre szükségük lett volna, nem tudták igénybe venni az előző év során.

Magyarországon azonban a hozzáférés kisé-
sége javult a középső három jövedelmi csoport-
ban, s jelentősen a leggazdagabbak között,
viszont számottevően romlott a lakosság leg-
szegényebb egyötödére vonatkozóan.

Az egészségügyi rendszer különféle, el-
sősorban a betegségek megelőzését szol-
gáló intervenciókkal is szolgálhatja a jobb
egészségi állapot kialakulását. Ezek közül
az intervenciók közül a legismertebbek és
a leghosszabb múltra visszatekintő akciók a
szűrések. Ami az emlő- és a méhnyak szű-
rés helyzetét illeti, a több évtizede elindított
programok ma még nem minden esetben
érték el a kívánatos (70% körüli) átszűrési
arányt. A 2014-es egészségfelmérés adatai
szerint 2014-ben 59%-ra tehetjük azoknak
a nőknek az arányát, akik az utóbbi három
éven belül méhnyak szűrésen vettek részt. A
mammográfiás szűrésen (a kérdezést meg-
előző 2 évben) részt vettek aránya a 45–64
éves nők körében azonban elérte a 78%-os
arányt, ugyanakkor 11%-uk még soha nem
vett részt ilyen szűréseken. A szűréseken
való részvétel arányai összességében növe-
kednek, amely elsősorban az egészség iránti
attitűdök változásával hozható kapcsolatba
(KSH, 2015).

A MAGAS MEGBETEGEDÉSI ARÁ- NYOK ÉS A RIZIKÓK ELTERJEDT- SÉGÉNEK KÖVETKEZMÉNYEI: AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ALAKULÁSA

Az önértékelésen alapuló egészségi álla-
pot – amelyet a megkérdezett személyek
önmagukra nézve értékelnek (általában egy
egyszerű, 1–5-ig terjedő skálán) – valójában
egyfajta érzékeny mérőeszköze a „valódi”
egészségi állapotnak (amennyiben ilyen
egyáltalán definiálható), amely az egész-
ség sok, az orvosi rutinvizsgálatok során
vizsgáltnál több aspektusát veszi figyelem-
be, így voltaképpen reális és átfogó képet
nyújt az egészségi állapot egészéről. Kuta-
tások sora bizonyítja, hogy ezek az értéke-

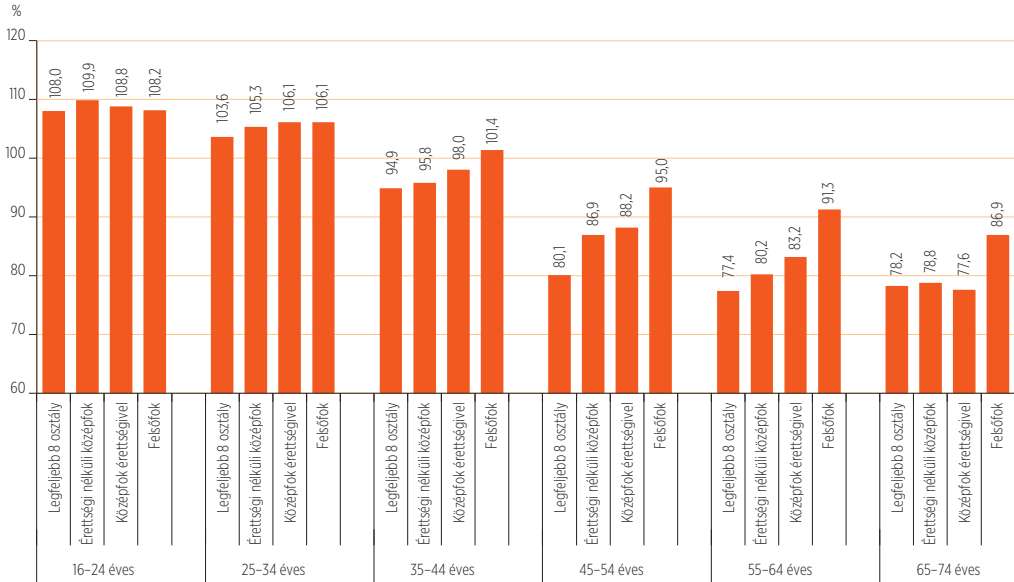
lések szoros kapcsolatban állnak a későbbi
halálozás esélyével (Idler-Benyamini 1997),
amely szintén arra utal, hogy az egészség
megbízható mérőszámaként tekinthetünk
rájuk. Az önértékelésen alapuló egészségi
állapot különböző nyelvi közösségek közöt-
ti összehasonlítása azonban kérdéses, bár
napjainkban egyre terjed az ezen alapuló
kombinált indikátorok számításának gya-
korlata, mint például az egészségben várha-
tó élettartam. Az egészségi állapot mutató-
száma azonban a társadalmon belüli egész-
ség egyenlőtlenségek leírására bizonyosan
alkalmas. Elsőként erre teszünk kísérletet a
Népességtudományi Kutatóintézet Életünk
fordulópontjai kérdőíves panelvizsgálatának
adatait felhasználva. Ezt követően néhány,
az egészségben várható élettartamra és an-
nak meghatározóira vonatkozó friss kutatási
eredményt mutatunk be.

Az egészségi állapot Magyarországon

Az Életünk fordulópontjai vizsgálatban
nagy számú válaszadó értékelte egészségi
állapotát 2001-ben és 2012-ben. A követ-
zőkben elsősorban az egészségértékelés-
ben iskolai végzettség szerint megmutat-
kozó különbségeket vizsgáljuk, illetve ezek
változását 2001 és 2012 között.

Az ábrákon (9–12. ábrák) az egészségi
állapot értékelésének relatív átlagait mu-
tatjuk be nemenként. Minden esetben az
adott neműek közül a 35–44 évesek átlag-
os egészségértékelését (azaz az iskolai
végzettség szerinti csoportokat együtt
nézve kapott számérték átlagát) tekintet-
tük 100%-nak, és ennek arányában fejeztük
ki a többi csoport átlagos egészségérté-
kelését. Az egészségi állapot magasabb
életkorokban rendszerint rosszabb, romlá-
sának kezdete, illetve üteme azonban nem
automatikus. Magyarországon az egész-
ségromlás üteme – mind 2001-ben, mind
pedig 2012-ben – 45 és 55 éves kor között
mutakozott a leggyorsabbnak, ugyanak-
kor az iskolai végzettség szerinti különbsé-
gek e tekintetben is jelentősek voltak.

9. ábra. A férfiak egészségi állapota korcsoport és iskolai végzettség szerint a 31–40 éves férfiak átlagához viszonyítva, 2001



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai panel adatfelvétel, 2001; saját számítás.

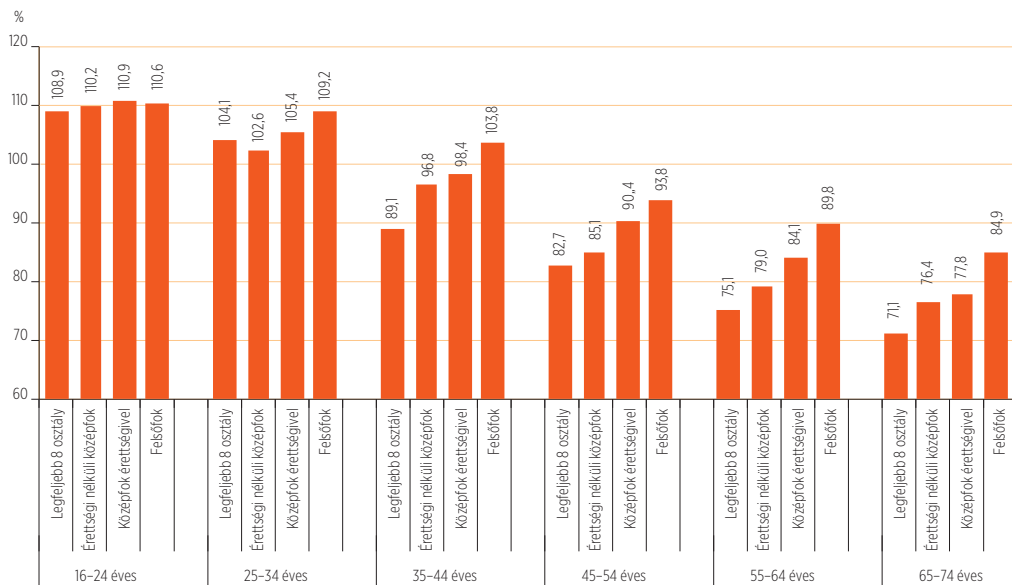
A magasabb iskolai végzettségűek relatív egészségi állapota minden korcsoportban trendszerűen jobb volt, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeké; de míg a férfiaknál az 55–64 évesek körében voltak a legnagyobbak az eltérések, addig a nőknél 2012-ben már a 45–54 éves korcsoportban is különösen nagy különbségek jelentek meg. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők egészségromlása a férfiakhoz képest már fiatalabb korban, a 25–34 évesek körében is egyértelműen nagy arányban jelent meg.

Úgy tűnik ugyanakkor, hogy ez az egészségi állapotbeli hátrány az alacsony iskolai végzettségű nők esetében az idősebbeknél is megmarad, és a férfiakhoz képest fiatalabb – már 45 éves – kortól megfigyelhető körökben az egészségi állapot egyfajta tartósan alacsony szinten történő stagnálása. Az ábrák azt is bemutatják, hogy a kor előrehaladtával mindkét nem esetén az iskolai végzettség szerinti különbségek előbb növekednek, majd a legidősebb kor-

osztályokban csökkennek. A különbségek csökkenése azonban a halálozás „szelektivitásából” is származhat, azaz abból, hogy a rosszabb egészségi állapotban lévők – mely állapot gyakrabban fordul elő az alacsonyabb iskolai végzettségűek között – korábban elhaláloznak.

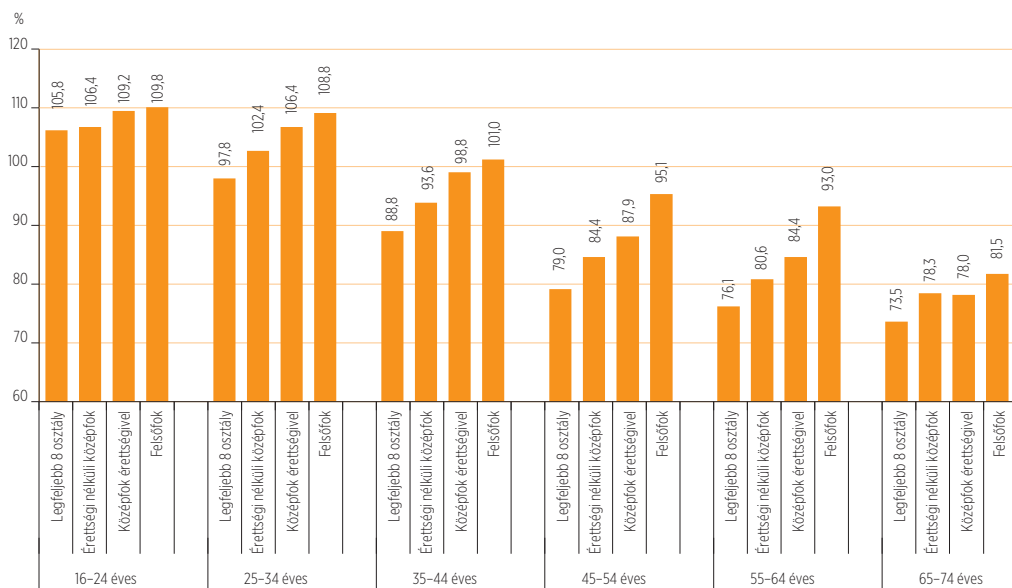
A 2001-re vonatkozó adatok szerint a férfiak egészségi állapotának érzékelhető romlása elsőként a 35–44 évesek között jelent meg, méghozzá minden, a felsőfokúnál alacsonyabb végzettségű csoportban. A legfeljebb 8 általánost végzettek leszakadása a 45–54 éves korosztályokban kezdődött meg. Az 55–64 éves korosztályban a felsőfokúnál alacsonyabb végzettségűek egyszerre válnak el a felsőfokú végzettségűektől. A 65–74 évesek esetében az alacsonyabb iskolai végzettségűek közötti egyenlőtlenségek kompenzálódtak, a felsőfokú végzettségűek egészségi állapota ugyanis változatlanul jóval kedvezőbb maradt, és nagyon kismértékben romlott az 55–64 évesekhez képest.

10. ábra. A férfiak egészségi állapota korcsoport és iskolai végzettség szerint a 31–40 éves férfiak átlagához viszonyítva, 2012



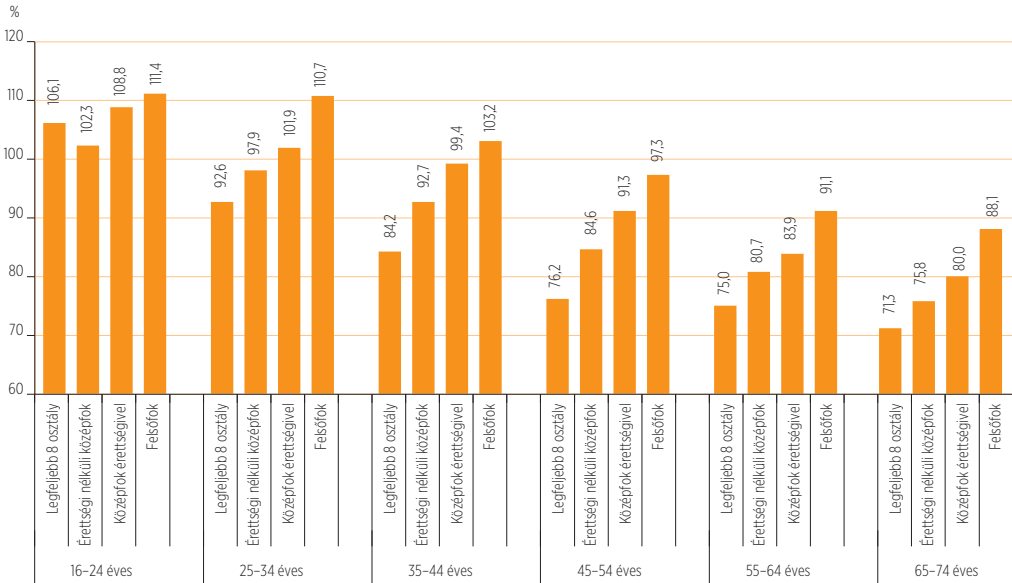
Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai panel adatfelvétel, 2012; saját számítás.

11. ábra. A nők egészségi állapota korcsoport és iskolai végzettség szerint a 31–40 éves nők átlagához viszonyítva, 2001



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai panel adatfelvétel, 2001; saját számítás.

12. ábra. A nők egészségi állapota korcsoport és iskolai végzettség szerint a 31–40 éves nők átlagához viszonyítva, 2012



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai panel adatfelvétel, 2012; saját számítás.

A 2001 és 2012 közötti mintázatok között jelentős átalakulás látható. Ennek egyik legfontosabb jellemzője, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek egészségi állapot szempontjából való leszakadása 2012-re fiatalabb életkorokra tolódott.

Összefoglalva, az iskolai végzettség egyértelműen összefüggést mutat az egészségi állapottal, és a magasabb iskolázottsággal rendelkezők egészsége jobb. Ha összevetjük ezeket az eredményeket a várható élettartamra vonatkozó eredményekkel, megállapíthatjuk, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek mind egészségi állapotukat, mind halálózási viszonyait tekintve egyértelműen hátrányos helyzetben vannak a magasabb iskolai végzettségűekkel szemben. A 2001 és 2012 közötti eltérések arra utalnak, hogy az iskolai végzettség szerinti különbségek a fiatalabb korcsoportokban növekedhettek.

Egészségben várható élettartam

Egy, kifejezetten a volt szovjet befolyási övezet országaira koncentrált tanulmány

a 20 és 74 év közötti várható egészséges élettartamok, illetve azok 20 és 74 év közötti várható élettartamokhoz viszonyított arányának alakulását elemezte (Minagawa 2013). A 2008-ra vonatkozó számítások szerint Magyarországon a férfiak 20 és 74 év közötti várható élettartamuk (46,9 év) alig több mint felét (55%-át, azaz 26 évet) élnek le jó egészségben. Ez az 55% a kelet-közép-európai országok között a legalacsonyabb arány – ahol ez az érték átlagosan 63% –, a legkedvezőbb helyzetű Szlovéniában pedig 72%. A volt szovjet tagköztársaságokban ugyanez az arány jellemzően alacsonyabb: a 20 és 74 éves kor között egészségesen várható életek ebben a régióban 14 és 24,8 év között szóródnak; a legalacsonyabb értéket Oroszországban, a legmagasabbat pedig Grúziában éri el. Az egészségesen eltöltött élettartam a 20 és 74 év közötti várható élettartamnak ebben a régióban csupán átlagosan 47%-a, Oroszországban pedig alig haladja meg az egy-harmadot.

A nők esetében az egészségben várható élettartamok hosszukat tekintve a férfiakéhoz hasonlóan alakulnak, ami arányosan rövidebb egészségben várható élettartamot jelent a várható 20 és 74 év közötti élettartamhoz viszonyítva. A magyar nők egészségben várható élettartama 26 év, ez a várható élettartam 51%-a, amely – csakúgy, mint a férfiak esetében – a legalacsonyabb érték a kelet-közép-európai országok között. Ezen országok átlagában a nők várható egészséges élettartamának 56%-a telik egészségben, míg a volt szovjet tagköztársaságok esetében átlagosan csupán 39%-a.

Ezeknél a számításoknál az egészséges várható élettartamot arra alapozva számították ki, hogy kérdőíves felmérések során az emberek hogyan értékelték az egészségi állapotukat. Az egészségi állapot ilyen adatokra alapozott, országok közötti összehasonlítása – bár ma már egyre elterjedtebb – nem feltétlenül megbízható, hiszen nem lehetünk biztosak abban, hogy minden nyelven ugyanazt értik „jó egészség” alatt. Mindezek fenntartása mellett is fontos megjegyezni, hogy e szerint az elemzés szerint Magyarország egészségi állapot szempontjából rosszabb helyzetben van, mint mortalitás alapján; hiszen az egészségben várható magyar élettartamok alacsonyabbak még a romániai és bulgáriai értékeknél is. A tanulmány szerint a nagyobb gazdasági szabadságot nyújtó, nagyobb személyi szabadsággal rendelkező, kevésbé korrupt, s néhány más muta-

tót tekintve is kedvezőbb helyzetben lévő társadalmakban még abban az esetben is nagyobbak bizonyult az egészségben elélt élettartam aránya, amikor figyelembe vették a nemzeti jövedelem és az egészségügyi kiadások nagyságát is.

A magyarországi adatok – mindent összevetve – a krónikus betegségekben szenvedők magas arányát és az egészségre nézve kockázatos magatartásformák és életkörülmények magas elterjedtségét mutatják. A pozitív nemzetközi trendek (mint például a dohányzás visszaszorulása) kevésbé jellemzők, a negatív trendek (például az elhízottak arányának növekedése) azonban igen. Az egészségproblémák elterjedtsége lényegében nem változott az utóbbi évek során, az azokra fordított figyelem azonban a lakosság részéről növekedni látszik. Míg 2009-ben a legfeljebb általános iskolát végzettek 60%-a vélte úgy, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért, addig 2014-ben már 66%-uk. A felsőfokú végzettségűek körében ugyanezek az arányok 90, illetve 93%-ot tettek ki (KSH, 2015).

A kockázatok aránytalanul nagymértékben jelennek meg a rosszabb társadalmi helyzetű (kevesbé iskolázott, illetve szegény) népesség körében. Az egészségtudatosság azonban már az alacsonyabban iskolázottak körében is többségi beállítódás. A betegségterhek mérséklődését tehát elsősorban az egészséges ételmiszerhez és lakhatáshoz, illetve az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javításától remélhetjük.

AJÁNLOTT IRODALOM

Faragó M. (2007): *Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére*. KSH, Budapest.

Fouweather, T. – Gillies, C. – Wohland, P. – Van Oyen, H. – Nusselder, W. – Robine, J-M. – Cambois, E. – Jagger, C. (2015): Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *European Journal of Public Health*, first published online: 15 April 2015.

Gu, D. – Gomez-Redondo, R. – Dupre, M. E. (2015): Studying Disability Trends in Aging Populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(1): 21–49.

Idler, E. L. – Benyamini, Y. (1997): Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21–37.

Jagger, C. – Robine, J-M. (2011): Healthy life expectancy. In Rogers, R. G. – Crimmins, E. M. (eds.): *International Handbook of Adult Mortality*. Springer: 551–568.

Karanikolos, M. – Mladovsky, Ph. – Cylus, J. – Thomson, S. – Basu, S. – Stuckler, D. – Mackenbach, J. P. – McKee, M. (2013): Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874): 1323–1331.

KSH (2011): *Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények*. KSH, Budapest.

KSH (2015): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai tükör*, 29, 2015. ápr. 30.

Lim, S. S. et al. (2013): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859): 2224–2260.

Majer, I. M. – Nusselder, W. J. – Mackenbach, J. P. – Kunst, A. E. (2011): Life Expectancy and Life Expectancy With Disability of Normal Weight, Overweight, and Obese Smokers and Nonsmokers in Europe. *Obesity*, 19(7): 1451–1459.

Minagawa, Y. (2013): Inequalities in Healthy Life Expectancy in Eastern Europe. *Population and Development Review*, 39(4): 649–671.

OMSZ (2014): 2013. évi összesítő értékelés hazánk levegőminőségéről a manuális mérőhálózat adatai alapján. OMSZ – ÉLFO LRK Adatközpont, Budapest. http://www.levegominoseg.hu/Media/Default/Ertekeles/docs/2013_RIV_ertekeles.pdf

UCL Institute of Health Equity (2014): *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

HONLAPOK

Eurostat (Health): <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>

OECD: <http://stats.oecd.org/>

OECD, Health Data: Non-medical determinants of health (OECD Health Statistics database): http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-non-medical-determinants-of-health_data-00546-en (letöltés: 2015. máj. 21.)

OEP, Ambuláns kimutatók: http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/ambulans_kimutatosok.html

WHO, Global Health Indicators: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=318

WHO, Global Health Observatory: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=157